Bundesland:

Mecklenburg-Vorpommern

Träger:

Name der Gruppe:

Adresse der Gruppe:

Straße / Hausnr.:

PLZ / Ort:

Bankverbindung der Gruppe:

Kreditinstitut:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D | E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

IBAN(\*):

(\*) Bitte nach jeder Ziffer mit TAB-Taste ins nächste Feld wechseln

Kontoinhaber:

**Zielgruppe:** Alkoholabhängige  Drogenabhängige

Medikamentenabhängige  Spielsüchtige

(Mehrfachnennungen sind möglich)

Die Selbsthilfegruppe erfüllt die DRV Bund Suchtrichtlinien nach IV. zu 1). Die Gruppe besteht seit mindestens einem Jahr, trifft sich wöchentlich, hat mindestens 6 Mitglieder und die Mitglieder sind nicht überwiegend Altersrentner.

Die Gruppe ist keine professionell angeleitete Gruppe und keine reine Angehörigengruppe.

Zur Deckung der Ausgaben unserer Selbsthilfegruppenarbeit beantragen wir

pauschal

,00

€ (max. 200,00 €)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Name Gruppenleiter/-in (Druckschrift) Unterschrift - Gruppenleiter/-in od. Vertreter/-in